

29
158



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

COLGAJOS EN CIRUGIA ENDODONTICA

TESIS PROFESIONAL

Para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

ROSA DE LA GARZA BRAULIO



Ciudad Universitaria, a 6 de Diciembre
de 1989

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción.	1
Definición.	3
Indicaciones por errores de técnica	3
Indicaciones patológicas.	4
Indicaciones anatómicas.	4
Características para un buen colgajo.	5
Instrumentos quirúrgicos sugeridos.	7
Diseño del colgajo.	9
Tipos de colgajos mucoperiósticos	9
Colgajo curvo o semilunar	10
Colgajo triangular.	12
Colgajo trapezoidal	14
Colgajo festoneado.	15
Instrucciones para ser cumplidas en el hogar. . .	16
Conclusiones.	18
Bibliografía	19

I N T R O D U C C I O N

La bibliografía reporta en en el siglo IV a.c. ya se hacían incisiones para dar tratamiento al absceso apical agudo? El doctor John I. Ingle y colaboradores registran: la cirugía endodóntica se inició hace 1500 años, cuando Aecio, médico y odontólogo griego incidió por primera vez un absceso apical agudo. En la actualidad no se sabe con exactitud dichos datos. Pero gracias a los grandes avances alcanzados, hoy sabemos que se encuentran registrados 4 499 casos de colgajos en cirugía y 334 casos endodónticos en los últimos seis años, a nivel internacional, permitiendo trascender y ampliar los conocimientos no solo en ésta rama.

El objetivo que se pretende alcanzar con ésta investigación es hacer conciencia en el odontólogo en general que la cirugía endodóntica es un tratamiento con sus propias indicaciones y no un paliativo a otro tratamiento. Y que el tipo de colgajo a utilizar, va a depender de las características que presente la lesión, el lugar, el tamaño, la forma del diente, etc. y no una elección arbitraria de éste último que traería como consecuencia un posoperatorio prolongado y doloroso. El doctor Alvin Arlen dice al respecto "El uso rutinario de la cirugía endodóntica representa un abuso de éste abordaje al tratamiento".

Para ello, considero necesario realizarnos los siguientes cuestionamientos: ¿Hice un buen diagnóstico inicial? -- ¿Elegí el tratamiento adecuado?. Si hay necesidad de realizar la cirugía: ¿Elegí el tipo de colgajo adecuado? Utili

cé la técnica apropiada?.

El enfoque moderno que se pretende, es limitar la cirugía al mejoramiento del sellado del diente involucrado. ⁹

Los colgajos utilizados en endodoncia son de tipo mucoperiósticos, entre ellos se encuentran los de forma semi lunar o curvo, triangular, trapezoidal y el festoneado.

COLGAJOS EN CIRUGIA ENDODONTICA.

Uno de los procedimientos básicos en cirugía endodóntica es la elaboración de colgajos.

Colgajo³ "es el paso quirúrgico que permite una exposición adecuada del sitio donde se presenta una lesión, observando directamente la zona afectada". El Dr. Webster's en 1961, define al colgajo como " un trozo de tejido parcialmente seccionado de su lugar de origen para ser utilizado en injertos quirúrgicos y reposición de defectos orgánicos".

Para ello existe una serie de causas que dan origen a dichas lesiones. El Dr. Alfred L. Frank, James H.S.Simon y colaboradores citan, la siguiente clasificación: que hacen factible la utilización de colgajos.

INDICACIONES POR ERRORES DE TECNICA.

- a) Cuando se fracturan instrumentos dentro del conducto.
- b) Al perforarse una raíz por un instrumento.
- c) Al ocasionar lesiones (desviación en la dirección del conducto).
- d) Cuando una lesión preexistente ha fracasado o a aumentado de tamaño.
- e) Cuando la patología periapical es consecuencia de la obturación de un conducto radicular.
- f) Al presentarse una sobre-obturación originando una irritación periapical.

INDICACIONES PATOLOGICAS.

- a) Cuando el conducto está obliterado por un depósito calcificado haciendo imposible instrumentar y obturar hasta la -- longitud adecuada y persiste el dolor y la patología periapical.
- b) Cuando la raíz está fracturada horizontalmente en el tercio apical y la patología requiere la eliminación de fragmento.
- c) Cuando el profesional es incapaz de eliminar el dolor periapical y finalizar el caso mediante métodos no quirúrgicos.

INDICACIONES ANATOMICAS.

- a) Cuando existe un dens in dente y el ápice no puede sellarse mediante una obturación por vía coronaria.
- b) Cuando la extrema curvatura del ápice no permite una instrumentación completa y una obturación.
- c) Cuando las aperturas de acceso no quirúrgicas pueden comprometer la estructura coronaria, conduciendo a una fractura.
- d) Cuando la palpación del periápice causa molestias, después de una supuesta terapia adecuada.

Hay otros Dr.⁵ que señalan como indicaciones generales a:

- a) Necesidad de drenaje.
 - 1. Eliminación de toxinas.
 - 2. Alivio del dolor.
- b) Fracaso del tratamiento no quirúrgico.
 - 1. Obturación inadecuada.
 - 2. Obturación aparentemente adecuada.
 - 3.- Molestia posoperatoria persistente.

c) Fracaso predecible con tratamiento no quirúrgico.

1. Necesidad de biopsia.

2. Quiste apical

d) Imposibilidad de hacer el tratamiento no quirúrgico.

1. coronas fundas.

2. Anclaje de una prótesis parcial fija.

3. Corona con retención de perno.

4. Lesión periodontal asociada.

e) Accidentes operatorios.

Los Dres. John I de Ingle y Edward Edgerton E. consideran como contraindicaciones los siguientes puntos:

1) Realización sin discernimiento de intervenciones quirúrgicas.

2) Impacto psicológico sobre el paciente.

3) Problemas de salud general.

4) Consideraciones anatómicas.

5) Secuelas posquirúrgicas.

CARACTERISTICAS PARA UN BUEN COLGAJO.

Las características que debe reunir un colgajo para tener éxito ³ son las siguientes;

1. Planificación cuidadosa, para asegurar al colgajo base amplia y buen aporte sanguíneo.

2. Incisión limpia y precisa.

3. Incidir sobre hueso que no tendrá que extraerse durante el procedimiento quirúrgico.

4. Incidir completamente a través del perióstio, se se va a replejar el colgajo sobre hueso.

5. Disección cuidadosa del colgajo a lo largo del plano quirúrgico, tal como aponeurósis, músculo o hueso.
- 6.- Reflexión de un colgajo suficientemente grande y adecuado.
7. Mucha delicadeza y cuidado al manejar a retraer el colgajo.
8. Hacer la reposición con cuidado, suturando adecuadamente - para mantener el colgajo en posición.

Los Drs. Howe y Geoffrey L. ¹, además de lo expuesto con anterioridad exponen. La incisión debe hacerse aplicando la presión firme sobre el bisturí filoso a través de la capas mucosas y periósticas de la encía hasta llegar a hueso.

El instrumento se debe usar como pluma y el corte de los tejidos debe hacerse en ángulo recto en relación con la superficie del hueso subyacente.

Realizar la incisión en una sola intención evitando "segundos cortes", dejando desigual algún margen del colgajo y retrazando la cicatrización.

Los colgajos que son más grandes en sentido horizontal o anteroposterior cicatrizan tan rápido como los pequeños. Presentando como ventajas: el acceso visual y mecánico adecuado, sin jalar en forma excesiva el colgajo, lo que predispone a la pronta cicatrización por primera intención y en muchos casos a asegurar un riego sanguíneo apropiado. El tamaño del colgajo facilita que el trazo de sutura repose encima de una base ósea firme. Las desventajas de sobreextender un colgajo en dirección vertical es lesionar parte de un músculo (buccinador) - creando incremento en la tumefacción posoperatoria, la organización del hematoma resultante puede disminuir la profundidad del saco bucal, en el maxilar inferior dañar los nervios y va-

sos que atraviesan el agujero mentoniano.

Los colgajos deben garantizar la prevención de dificultades protésicas posoperatorias por obliteración del saco vestibular por la presencia de apéndices residuales de tejido móvil y blando.

Evitar en lo posible la perforación "ojales" que perjudican el riego sanguíneo del tejido distal a la perforación.

Para dejar expuestas las estructuras suyacentes a un colgajo, denominan retracción del colgajo⁴, al realizar dicha acción y comparten la misma opinión con los autores antes mencionados.

INSTRUMENTOS QUIRURGICOS SUGERIDOS.

Antes de dar origen a un colgajo es necesario contar con el instrumental necesario y adecuado para realizar un intervención quirúrgica bucal. Para ello hay que esterilizar el material en autoclave y ordenar el instrumental en la mesa operatoria. Los instrumentos quirúrgicos sugeridos por el Dr. Inle⁵, son:

- 1 Tijera, Misdorn-Frank D 701.
- 1 Pinzas hemostáticas, 11 cm. mosquito, Halstead 1.
- 1 Portaagujas, Misdorn-Frank D 600.
- 1 Mango de Bisturí, Bard- Parker núm. 3.
- 2 hojas de bisturí, Bard Parker núm.15.
- 1 Elevador perióstico, D.E núm. 9 H Hu-Friedy.
- 1 Separador.
- 1 Cuerta periodontal, núm. 1-2 P Eastern.
- 1 Cureta núm. 331 D.E. Starlite M,G.
- 1 Mango para aspirador.

- 2 Canulas para aspiración.
- 2 Fresas A.H.P. de carburo, núm. 8 702.
- 2 Fresas A.H.P. (tallo largo) de carburo, núm 701, 702.
- 2 Agujas con hilo para sutura 0000, agujas de media caña J y J ES2.
- 12 compresas de gasa de 5 x 5 cm.
- 1 Pieza de mano dde baja velocidad.
- 1 Contrángulo.

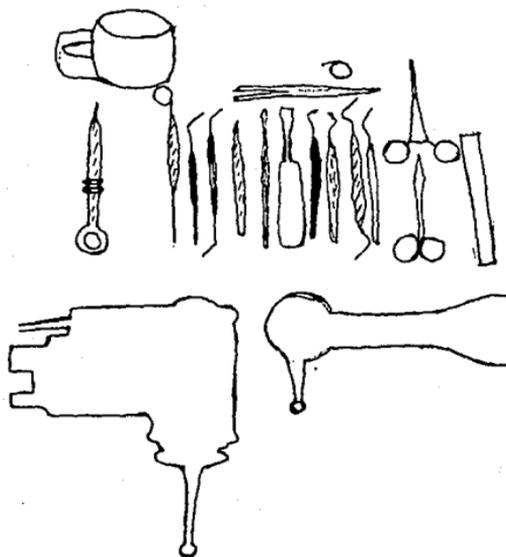


Fig. 1 Mesa operatoria preparada con instrumentos ordenados lógicamente desde el quipo de anestesia (izq) hasta la sutura (derech).

DISEÑO DEL COLGAJO.

Los siguientes puntos aunados con lo expuesto en páginas anteriores lograrán el objetivo propuesto para realizar un -- colgajo.

1. Deben ser estudiadas cuidadosamente las condiciones anatómicas (lesión).
2. Generalmente, las incisiones se harán a una distancia no menor a un diente a cada lado de la pieza sometida a intervención. Recordar que los colgajos rectangulares y trapezoidales proporcionan una buena base vascular.
3. Si se reclina el colgajo verticalmente, es necesario hacer la extensión apical para permitir la colocación de un separador sobre hueso sólido y reduce al mínimo el traumatismo y el hematoma posoperatorio.
4. Las incisiones deben ubicarse de modo , que las suturas - queden en tejido resistente y de preferencia en encía adherida.
5. El perióstico debe quedar incluido y reclinarsse con el colgajo de espesor total.

TIPOS DE COLGAJOS MUCOPERIÓSTICOS.

Se llaman colgajos mucoperiosticos cuando se eleva el - periostio del hueso junto con el colgajo, siendo ésta capa, - la membrana nutriente y protectora del hueso.

COLGAJO CURVO O SEMILUNAR.

El termino más empleado para determinar éste tipo de colgajo es semilunar. Es una incisión horizontal curva que atraviesa el tejido gingival y el periostio. La dirección de la curva va hacia incisal. Es preferible que la incisión sea perpendicular al tejido de la encía adherida fibrosa, puede ser mejor adherida (planchada) y fácilmente suturada. En sentido longitudinal debe incluir un poco más de un diente a cada lado. Si es necesario cruzar el frenillo labial, se hará una incisión circular alrededor de la inserción del frenillo.

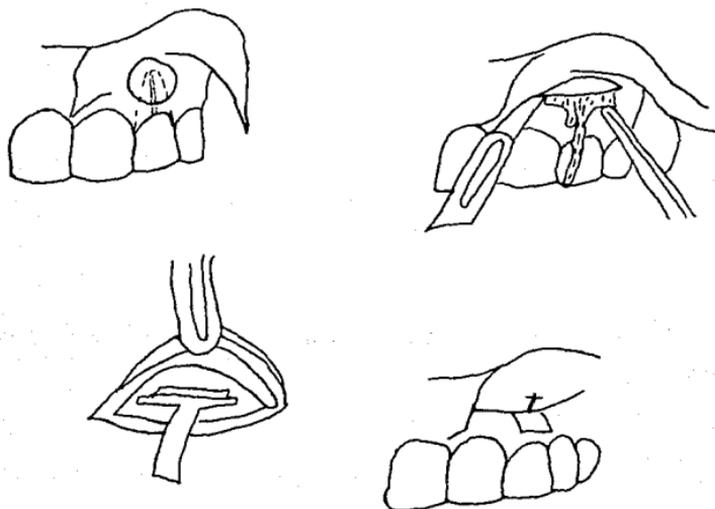


Fig. 2 La incisión se hace sobre vestibular.

Fig. 3 Para no lesionar el frenillo, se esquiva.

El Dr. Alvin Arlen Krakow ² , hace mención de algunas de las ventajas para éste tipo de incisión. Por presentar en los extremos tejido mucoso laxo altamente vascularizado, genera una hemorragia relativamente mayor que otros colgajos. También - permite menor visibilidad y acceso.

Su ventaja principal es que presenta una ligera recesión gingival en torno de un diente con su corona.

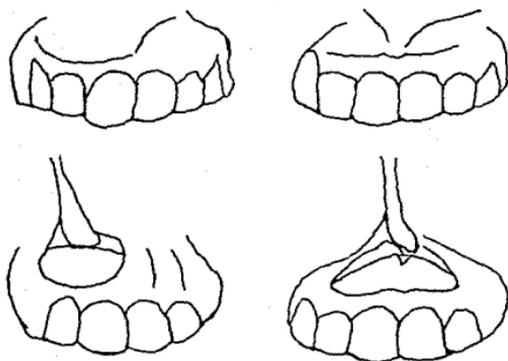


Fig. 4 Diferencia de visibilidad entre un colgajo y otro.

COLGAJO TRIANGULAR.

Este colgajo está indicado para raíces cortas. La incisión a lo largo del borde gingival forma la base de un triángulo cuya altura es la incisión liberadora vertical u oblicua.

La incisión vertical termina en la arista vestibuloproximal del diente y deja intacta la punta de la papila. La inci-

sión horizontal también incluye una papila completa, facilita la sutura final si se deja intacta la punta de dicha papila - cortando desde vestibulocervical de un diente hasta ese mismo punto del diente vecino. Se reclina el colgajo con un periostotómo agudo y se le mantiene levantado con un separador.

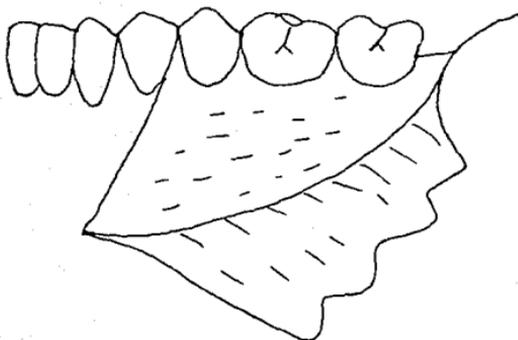


Fig. 5 Incisión no muy usada.

Los Drs. Costich y White³ dicen , que el colgajo deberá hacerse considerando que las incisiones queden a través de mucosa y periostio sean perpendiculares a la superficie, y la línea de incisión esté a 5 mm de distancia de los bordes de cualquier defecto óseo que se cree por el acto quirúrgico (horizontal, contornenado a cada diente)., dando origen a un colgajo en forma de sobre, al cual si se le hace una incisión vertical en el extremo anterior de la incisión del borde gingival forma un colgajo triangular.

La desventaja de éste tipo de colgajo es la cicatrización a lo largo de la porción recta.

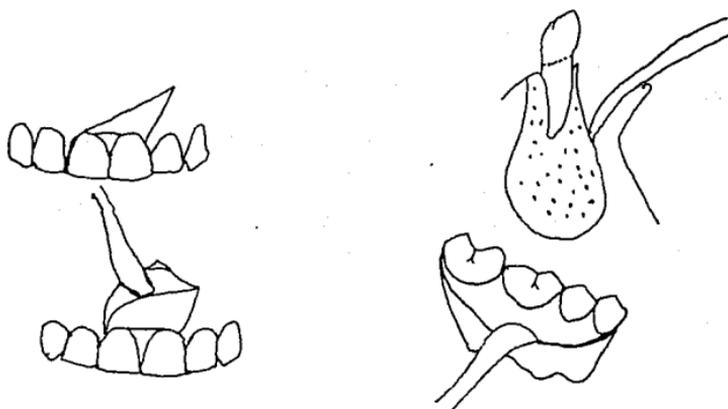


Fig. 6 La retracción del colgajo se hace hacia atrás, - para proporcionar una exposición más amplia del sitio deseado.

El Dr. Alvin Arlen Krakow expresa otra variante a la del estilo de sobre y al colgajo triangular, consiste en realizar en ambos extremos una incisión vertical, originando un colgajo rectangular (menos deseable) o trapezoidal (preferible), - éste último es mejor por que proporciona mayor seguridad de aporte vascular,. La ventaja de éste colgajo es que presenta - un mínimo de hemorragia.

Este colgajo esta libre de poder presentar alguna sobre-extensión en dirección vertical, en ocasiones ésto sucede -- con el proposito de obtener mayor visibilidad.

COLGAJO TRAPEZOIDAL.

Este colgajo en realidad es un colgajo triangular doble, En el sentido en que se hacen dos incisiones oblicuas en lugar de una y que todo el colgajo es reclinado hacia el vestibulo. Las incisiones estan diseñadas para conseguir un colgajo más ancho en su base que en el margen gingival.

Las incisiones oblicuas se realizan para incluir, por lo menos, un diente y una papila que a cada lado se extienda. Después se separará la papila que queda entre los dientes con una incisión horizontal por vestibular.

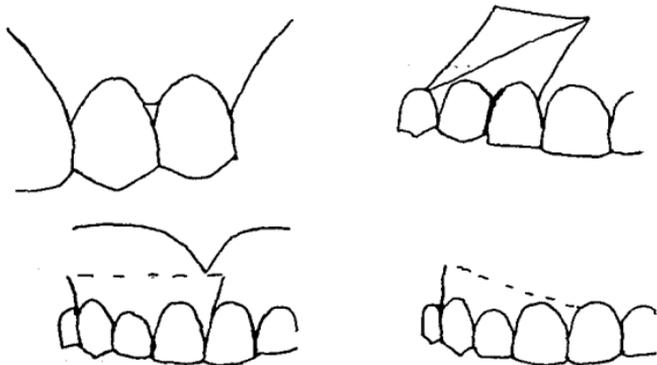


Fig. 7 Diferencia entre un colgajo triangular y un colgajo trapezoidal.

La ventaja del colgajo trapezoidal en relación con el triangular es que el diente por operar es de raíz larga.

Es más conveniente que el colgajo semilunar cuando existe la posibilidad de encontrar una fenestración ósea.

COLGAJO FESTONEADO.

El colgajo festoneado es el de mayor uso en intervenciones quirúrgicas periradiculares. Permite mayor visibilidad y relajación de los tejidos, al mismo tiempo que salva los defectos de reparación poco convenientes en la papila interdientaria que pueden originar los colgajos trapezoidales.

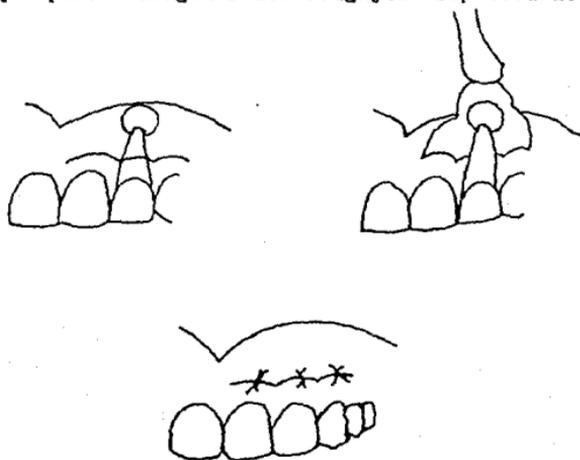


Fig. 8 El colgajo festoneado no interfiere en la forma de la encía libre y las papilas interdientarias.

Para obtener un colgajo festoneado, se hace una incisión continua festoneada en la encía adherida firme, por apical - al margen gingival libre y paralela al mismo. En ambos extremos de la incisión vertical curva se hacen incisiones liberatrices verticales u oblicuas.

El colgajo festoneado tiene la ventaja de poder suturarse en la encía adherida densa, o bien, colocarse con mayor -

precisión en la posición adecuada, si alineamos las puntas - del colgajo con el angulo donde coinciden las incisiones vertical y horizontal. Las suturas se hacen en cada punta de tejido dejada por la incisión.

INSTRUCCIONES PARA SER CUMPLIDAS EN EL HOGAR

Después de realizar una intervención quirúrgica hay necesidad de realizar una serie de cuidados, con el objetivo - de hacer menos doloroso y tardado el posoperatorio. Para ello se recomienda:

1. Después de salir del consultorio, descansar y evitar actividades fatigantes por el resto del día.
2. Tomar el analgésico recetado cada 4 horas hasta el momento de ir a dormir, para mantener el bienestar. Si hay necesidad tomarlo cada 2 horas.
3. Aplicar una bolsa de hielo o compresas frías en la parte externa de la cara sobre la zona operada. Aplicar durante 10 minutos y retirar otros 10 minutos. Continuar la aplicación durante las primeras 4 o 6 horas, únicamente el primer día. Esto ayuda a reducir la inflamación y evita el -- cambio de color.
4. Ingerir alimentos blandos las primeras 24 horas.
5. No masticar en la zona operada hasta retirar los puntos de sutura.
6. Cepillar todos los dientes después de cada comida. En la - zona operada tener cuidado con la sutura.
7. Mantener solución salina caliente durante 2 o 3 minutos - cada hora para atenuar en lo posible las molestias.
8. No enjuagarse vigorosamente.

9. Volver al consultorio en el día indicado.
10. Si se colocó un apósito o cemento quirúrgico, informar al médico en caso de aflojamiento o de caída de éste, durante las primeras 48 horas.

A continuación solo se citará la clasificación de la cirugía en endodoncia, dada por el doctor Angel Lasala.

a) Facilitando la evolución.

Drenaje transdentario.

Drenaje submucoso por dilatación del absceso.

Drenaje cutáneo.

Drenaje transóseo.

b) Removiendo la lesión periapical.

Fístula artificial.

Cistotomía o fenestración.

Legrado periapical.

Apicectomía.

Apicectomía con amalgama retrógrada.

Amputación radical.

Hemisección. (por causa endodóntica)

Cirugía de grandes quistes y tumores.

c) Endodoncia - periodoncia..

Periodoncia preendodóntica.

Amputación radicular

Hemisección (por causa periodontal).

Reimplantación intencional. y

Retención radicular.

C O N C L U S I O N E S

La elección adecuada del colgajo a utilizar para dar tratamiento a una lesión dará como resultado un posoperatorio - menos molesto y no muy prolongado.

Es responsabilidad del odontólogo considerar todas las características que presenta una lesión, para dar diseño adecuado y el tratamiento propio a dicha lesión.

La característica principal que nunca se debe pasar por alto, es levantar junto con el colgajo al periostio, en intervenciones donde hay necesidad de hacer osteotomías, éste tejido es indispensable por las funciones que desempeña.

La variedad de colgajos con los que cuenta el cirujano - endodoncista (mucoperiosticos), le permite hacer la elección que considere apropiada.

Las incisiones que se utilizan con mayor frecuencia en endodoncia; es la incisión semilunar en lesiones pequeñas, o bien una incisión festoneada que abarque al igual que la semilunar, por lo menos aparte del diente a tratar, un diente a cada lado. En lesiones amplias (no muy frecuentes) se hacen colgajos trapezoidales por las características y ventajas que presentan dichos colgajos.

Por las características que presenta el colgajo festoneado, se considerará como de primera elección en lesiones periradiculares.

B I B L I O G R A F I A

1. Geoffrey I Howe, J.B.Ross. Cirugía Bucal Menor. Traducido por C.D. José Antonio Ramos T. Editado en 1985. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. pp. 183-185.
2. Alvin L. Norris y Harry M. Bahannan. Las especialidades odontológicas en la práctica general. Traducido Dr. Guillermo Mayoral Herrero. Quinta Edición 1983. Editorial Labor - Mexicana S de R.L. México. pp. 550-3.
3. Emmett R. Costich y Raymond P White Jr. Cirugía Bucal. Traducido: Dra. Georgina Guerrero. Primera Edición 1974. Editorial Interamericana S.A. de C.V. México , pp. 66-8.
4. Alfre L. Frank y James W.S. Simon. Endodoncia clínica y - quirúrgica. Fundamentos de la practica odontológica. Traducido por Diana Solar Badía. Primera Edición 1986. Editorial Labor S.A Impreso en España. pp. 116 -26.
5. John I de Ingle y Edward Edgerton Beveridge. Endodoncia. Traducido por Dr. Marina G, de Grandi, Segunda Edición. Editorial Interamericana S.A. de C.V ,México D.F 1982 pp. 569-660.
6. Sigurd P Ramfjord. y Major M. ASV. Periodontología y Periodoncia. Traducido por Rodolfo Jorge Porter. Editorial Médica Panamericana S,A. Impreso en la Argentina. Buenos Aires. pp. 470 -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7. Periapical Surgery of Mandibular Posterior Teeth: Anatomical and Surgical Considerations. Journal of Endodontics - Vol. 9 No. 11, Noviembre 1983. Printed in U.S.A.
8. Hemisection and root amputation. Green En. J Am Dent Assoc Apr 1986, 112 (4) p511-8 . Joournal Code:H5J.
9. Alvin Arlen Krakow